

様式第5号（第4条関係）

介護保険被保険者証等再交付申請書

山梨市長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒	電話番号	

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 險 者	被保険者番号										
	個人番号										
	フリガナ						生年月日	年 月 日			
	被保険者氏名						性別	男・女			
	住所	〒 電話番号									

再交付する証明書	<ul style="list-style-type: none">1 被保険者証2 資格者証3 受給資格証明書4 負担割合証5 負担限度額認定証6 社会福祉法人等利用者負担軽減確認証7 その他 ()
申請の理由	<ul style="list-style-type: none">1 紛失・焼失2 破損・汚損3 その他 ()

第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
--------	---------------